



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

청소년(14세)

청소년이 직접 작성함

청소년 이름	생년월일		
알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품		
지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등	오늘 질문한 사항:		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 아침 식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 의논할 상대가 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다. </td> <td style="width: 50%;"> <p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 신체적인 활동을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 충분한 수면을 취합니다; 야간 _____ 시간 </td> </tr> </table>	<p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 아침 식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 의논할 상대가 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다.	<p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 신체적인 활동을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 충분한 수면을 취합니다; 야간 _____ 시간	
<p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 아침 식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 의논할 상대가 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다.	<p>예 아니오</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 신체적인 활동을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 충분한 수면을 취합니다; 야간 _____ 시간		

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------	------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____

Vision Screen

	R	20/	L	20/
		_____		_____

	N	A	
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

Sleep _____

Review Immunization Record

Hgb/Hct _____ TB Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/Weight Control After school supervision

Regular Physical Activity/Sports Seat Belt

Helmets Injury Prevention/Safety Tobacco Use

Drugs/Alcohol STD/HIV/AIDS

Abstinence/sex education Peer Pressure

Suicide/Depression Dental Care Self Exam

Other: _____

Assessment/Plan: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Urinalysis

Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



건강진단 - 청소년(14세)
WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS
(EPSDT 지침 준수)

날짜

청소년(14세)

청소년이 직접 작성함

청소년 이름	생년월일
알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품
지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등	오늘 질문한 사항:
예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 아침식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 의논할 상대가 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다.	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 신체적인 활동을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 충분한 수면을 취합니다; 야간 _____ 시간

체중 KG./OZ. 백분율	신장 CM/IN. 백분율	혈압	식사 _____
----------------	---------------	----	----------

신체검사 가족병력검토

검사항목:

	MHZ	R	L
청력검사	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____
시력검사	R 20/ _____	L 20/ _____	

발달 사항	정상	비정상	
행동 사항	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
사회 정서적 사항	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
정신건강	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

신체:

외모	정상	비정상	홍부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
피부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	폐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
머리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	심장혈관/맥박	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
눈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	복부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
귀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	생식기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
코	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	척추	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
구강인두/치아	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	수족(손발)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
목	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	신경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
결절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	걸음걸이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이상 건강에 대한 설명이나 의견:

수면 _____

예방접종 기록 검토

Hgb/Hct (헤마토크리트 / 헤모글로빈) TB(결핵) 치과의뢰

콜레스테롤

보건교육: (의논을 하였거나/제공된 모든 인쇄물에 체크)

영양/체중 조절 방과후의 보호감독

규칙적인 운동/스포츠 안전벨트

헬멧 사고방지책/안전 담배사용

마약/음주 STD/HIV/AIDS(성병/에치 아이 비/에이즈)

금욕/성교육 동배들로부터 받는 압력

자살/우울증 치아관리 자가진단

기타: _____

평가/계획: _____

다음 방문: 16세	예방접종
진찰자 서명	의뢰
	진찰자 성명
	진찰자(진료원) 주소

14세 청소년의 자기 건강관리

성장 과도기

14세에서 16세 사이에 자신의 신체를 돌보는 방법들

정기 청력 및 시력검사를 받아야 합니다. 병원에 갈 때마다 의사에게 당신의 건강과 신체에 대해 상담합니다. 이제는 건강을 지키는 방법과 감기나 귀앓이, 독감에 걸렸을 때 어떻게 해야 할 지 배울 때입니다.

6개월에 한 번씩 치과에 가야합니다. 치과 의사에게 치아나 에나멜질의 변화에 관해 상담합니다. 에나멜질의 구멍을 의사와 치과의사에게 모두 보여줍니다.

성장은 개인별로 다릅니다. 부모님의 성장시기에 관해 물어 보십시오. 친구들과 성장 시기가 다를 수도 있고, 아마 부모님의 성장 시기와 비슷하게 따라 성장할

도움이나 상세한 정보를 원할 때

자살 예방에 관한 연락처에 대한

정보: National Crisis Helpline 1-800-999-9999 혹은 Boys Town National Crisis Line 1-800-448-3000.

10대를 위한 성 정보:

www.teenwire.com.

동성이 청소년 연락처에 대한 정보:

PFLAG (Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays) www.pflag.com or 202-467-8180.

식욕장애연락처:

www.allabouteatingdisorders.com.

건강에 특별 도움이 필요한 혹은 10대 장애 청소년의 성장 과도기에 대한 정보:

<http://depts.washington.edu/healthtr/>

자신이 실현할 수 있는 건강습관

학교 체육 시간 이외에도 운동하는 것은 중요합니다. 칫솔질처럼 운동이 규칙적인 습관이 되도록 해야 합니다.

건강한 식사도 중요합니다. 10대에는 성장을 위한 음식을 섭취할 필요가 있습니다. 옹지 못한 식이요법은 건강을 크게 해칠 수 있습니다.

체중이 염려된다면 의사와 의논하십시오. 키에 따른 적당한 체중을 표시한 차트가 마련되어 있습니다. 현재 연령에서 체중 감소 다이어트를 하려면 의사나 간호사의 도움을 받도록 해야 합니다. 운동과 건강식, 그리고 간식 조절을 하는 것이 체중을 줄이는 가장 좋은 방법입니다.

심대는 매우 감정적이 될 수 있는 시기입니다. 이는 성장 과정의 일부이기도 합니다. 스트레스와 화를 다스리는 방법을 배울 수 있습니다. 갈등 해소 방법에 관한 강좌를 친구나 부모님과 함께 듣는 방법도 있습니다.

모든 사람들이 때때로 우울감을 느낍니다. 그러나 이런 기분이 2주 이상 지속되면 심각한 문제가 됩니다. 당신이나 또는 당신이 알고 있는 다른 사람들이 아래와 같은 징후를 보인다면 의사와 상의하거나 카운슬러를 찾으십시오.

- 식사 및 취침 습관에 눈에 띄는 변화가 있습니다. 몸무게가 줄거나 늘어납니다. 전혀 잠이 오지 않거나 계속 잠만 잡니다.
- 성격에 급격한 변화가 있거나 설명할 수 없는 지나칠 정도로 심각한 폭력이나 반항적인 행동을 보입니다.
- 가족이나 친구들과로부터 멀어지고 그로부터 달아나려 하며, 항상 지루해 하거나 집중에 어려움을 느끼고 그리고/또는 외모에 지나칠 정도로 무심합니다.
- 마약 및/또는 알코올 중독
- 납득할 수 없는 학교 성적 저하
- 죽음이라는 주제에 관심을 갖고 아끼는 물건을 다른 사람들에게 주어 버립니다.
- 자살에 관해 얘기하거나 위협하고 심지어 농담으로 계획을 짜거나, 자살을 기도하거나 다른 사람을 죽이려 합니다.

안전정보

헬멧, 패드, 안전벨트 등 안전 장비를 사용하는 것이 성숙한 행동입니다. 친구들에게도 이를 상기시켜 줍니다.